

Johanna Kyttälä

Iina Orrela

FYYSINEN ERGONOMIA SAVONLINNAN KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MAMK University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 16.4.2014	
Tekijä(t) Johanna Kyttälä, Iina Orrela		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)	
Nimeke Fyysinen ergonomia Savonlinnan kotihoidossa			
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden ergonomian toteutumista. Selvitimme ergonomian toteutumista kotihoidossa työskenneltäessä, työntekijöiden arvioita ergonomisten työskentelytapojen toteutuksesta ja koettua fyysistä kuormittuneisuutta sekä tuki- ja liikuntaelinten kuntoa.</p> <p>Aikaisempaa tutkimustietoa vastaavasta aiheesta ei ole suomen kielellä, mutta olemme hyödyntäneet muita tutkimuslähteitä. Toteutimme työmme kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kysely toteutettiin 3.2. – 17.2.2014 Webropol-kyselynä.</p> <p>Kohderyhmänä olivat Savonlinnan kotihoidon työntekijät, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, kodinhoitajat, kotiaivustajat sekä fysioterapeutit. Kysely lähetettiin noin 170 työntekijälle, vastausprosentti oli 22 % (n=37). Kyselystä saadut tulokset analysoimme frekvensseinä ja prosentteina sekä taulukoita ja kuvioita hyödyntäen.</p> <p>Tuloksista selvisi, että työntekijöillä on käytössä apuvälineitä noin joka toisessa hoitopaikassa. Työntekijöiden näyttöpäätetyöskentelyergonomia toteutuu hyvin erityisesti tuolin säädeltävyyden sekä pöytätilan osalta. Kuitenkin kotihoidon työntekijöiden ergonomiassa on parannettavaa. Suurimpia ongelmia olivat tilojen ahtaus sekä sängyn korkeuden säätämisen puute hoitopaikoissa. Työskentelyergonomiasta ei toteuteta, vaikka edellytykset toteutukseen olisivat. Tuki- ja liikuntaelinten vaivoja kokevat lähes kaikki työntekijät jollakin tasolla, mutta vain alle 20 prosentilla on diagnosoitu jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus.</p> <p>Tutkimuksesta on hyötyä kotihoidon työntekijöille, jotta he huomioisivat, missä asioissa ergonomiavoimaa parantaa. Työnantajat saavat tietoa työntekijöiden työskentelyn raskaudesta ja kuormittavuudesta. Alan opiskelijoille työstä voi olla hyötyä harjoittelutilanteisiin, jotta he huomioisivat erityisesti ongelma-kohtia hoitotyön ergonomiassa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) ergonomia, kotihoito, kotisairaanhoito			
Sivumäärä 26 + liitteet	Kieli suomi	URN	
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Päivi Lifflander		Opinnäytetyön toimeksiantaja Savonlinnan kotihoito	

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 16.4.2014
Author(s) Johanna Kyttälä, Iina Orrela		Degree programme and option Degree programme in Nursing Nurse
Name of the bachelor's thesis Physical ergonomics in home care nursing in Savonlinna municipality		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to find out how well ergonomics at work is addressed in Savonlinna home care nursing. Our research problems included the following: how well ergonomics is realised in home care, the employees' own evaluation of ergonomics at work and studies of how the employees experience the physical load imposed by the work and the condition of their support and mobility organs.</p> <p>There is no previous research data available about the subject in Finnish, but we made good use of other source material. In our thesis we used the quantitative research method. An enquiry form was available for responding during 2 - 17 February, 2014 as a Webropol-survey.</p> <p>The target group of our survey were home care nurses, nurses, health education nurses, practical nurses, district and community nurses, home care assistants and physiotherapists working within Savonlinna home care nursing. The enquiry form was sent out to 170 employees. The response rate was 22% (n=37). The results from the enquiry were analysed using frequencies, percentages, and by making a good use of tables and diagrams.</p> <p>The results showed that the employees have medical appliances available in roughly every other home. Their display terminal ergonomics is successfully implemented especially in chair adjustability and desk top space. However, there is still room for improvement in overall working ergonomics. The main problems are cramped working environments and the lack of adjustable beds in homes. Work ergonomics is not put into practice even though the prerequisites are available. Almost all employees experience problems with support and mobility organs in some level, but only 20% are diagnosed with one.</p> <p>Research is beneficial to home care nursing experts and can be used to further improve the ergonomics in home care. Furthermore, the employers get information about the state of relative strain to workers. Students can also benefit from this research during their practical periods, by taking into account especially the problematic ergonomic situations in home care nursing.</p>		
Subject headings, (keywords) Ergonomics, home care, home care nursing		
Pages 26 + appendices	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Päivi Lifflander		Bachelor's thesis assigned by Home care of Savonlinna municipality

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SAVONLINNAN KOTIHOITO.....	2
2.1	Kotihoito	2
3	ERGONOMIA	2
3.1	Työnantajan velvollisuudet.....	3
3.2	Fyysiset kuormitustekijät.....	3
3.2.1	Näytteenotto	5
3.2.2	Haavanhoito	6
3.2.3	Työskentelytilat.....	6
3.2.4	Asiakassiirrot	8
3.2.5	Näyttöpäätetyöskentely.....	9
4	TARKOITUS JA TAVOITE	9
5	TOTEUTUS	9
5.1	Tutkimuksen kohderyhmä	10
5.2	Aineiston keruu ja analysointi	10
6	TULOKSET	12
6.1	Taustatiedot.....	12
6.2	Ergonomian toteutuminen kotihoidossa	13
6.3	Työntekijöiden arviot ergonomisesta työskentelystä.....	16
6.4	Työntekijöiden fyysinen kuormittuneisuus ja tuki- ja liikuntaelinten kunto.....	19
6.5	Koulutusten tarve.....	20
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	21
8	POHDINTA	22
8.1	Opinnäytetyöprosessi.....	23
8.2	Jatkotutkimusaiheet	24
	LÄHTEET	25
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsaus	
	2 Saate	
	3 Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Jopa yli miljoonalla suomalaisella on tuki- ja liikuntaelinsairaus. Toinen miljoona kärsii tilapäisistä selkä- ja nivelvaivoista, jotka kyllä paranevat aikanaan, mutta kuormittavat terveydenhuoltoa, työelämää ja sosiaalivakuutusta. Näiden sairauksien aiheuttamaa kuormaa tulisi vähentää, jotta vaivojen aiheuttama kuormitus pysyisi siedettävänä väestön ikääntyessä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisy tulisi kohdistaa työikäisiin, työympäristöön ja työelämään vaikuttaviin toimenpiteisiin. Työntekijöille tulisi mahdollistaa turvallinen työpiste, työkalujen ja -menetelmien riittävä ergonomia, sekä niiden ohjeistus. (Aromaa & Koskinen 2010, 26, 102–103.)

Kotihoidon fyysistä kuormittavuutta on tutkittu vähän. Opinnäytetyössä hyödynnettiin osaksi vanhustenhuollossa tehtyjä ergonomiatutkimuksia, koska arviomme mukaan kotihoidossa toteutuvat samanlaiset kuormitustekijät. Hoitotyötä pidetään kuormittavana työnä, erityisesti hoitopaikoissa, joissa hoidetaan vanhuksia ja muita huonosti liikkuvia potilaita (Tamminen-Peter ym. 2010, 5). Hoitohenkilökunnan selkävaivojen riskitekijöitä ovat toistuvat selän kumarat ja kiertymäasennot. Lisäksi jatkuva jaloillaan olo työskenneltäessä, kiire ja psykososiaaliset tekijät lisäävät kehon kuormittumista. Vanhustenhuollossa työskentelevillä hoitajilla ilmenee runsaasti tuki- ja liikuntaelinten ongelmia. Oireet sijoittuvat yleensä niska- ja hartiasseudulle sekä alaselkään. Hoitotyöntekijöiden suurin sairauspoissaolojen syy onkin tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. (Tamminen-Peter ym. 2010, 5, 7.) Jyväskylän kotihoidon työntekijöille tehdyssä työhyvinvointikyselyssä kaikki vastaajat (n=33) kokivat, että kotihoidon asiakkaan luona tehtävää hoitotyötä tulisi kehittää ergonomian osalta (Jämsä & Kovanen 2012, 21).

Kotisairaanhoidon harjoittelujaksolla havaitsimme työergonomiassa asioita, joihin huomiota kiinnittämällä voisi työhyvinvointia lisätä. Tutkimuksemme aihe on ajankohtainen, sillä kärsimme itse sekä havaitsimme hoitajien kärsivän tuki- ja liikuntaelinvaivoista asiakkaiden parissa työskenneltäessä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ergonomiaa fyysisten tekijöiden osalta. Kyselyllä kartoitettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden näkemystä fyysisen ergonomian toteutumisesta ja tuki- ja liikuntaelimestön kuormituksesta.

2 SAVONLINNAN KOTIHOITO

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Savonlinnan kotihoito, joka on jaettu kolmeen työskentelyalueeseen: itäinen, keskusta ja läntinen. Työntekijöitä alueella on yhteensä 113. Asiakaskunta koostuu muun muassa diabetesta, muistisairauksia ja hemipareesia sairastavista asiakkaista sekä haavanhoitoa tarvitsevista asiakkaista. Asiakkaita on alueella noin 480. Työntekijöillä on ollut mahdollisuus osallistua siirto- ja kinestetiikkakoulutukseen työnantajan järjestämänä. (Laakkonen 2013.)

2.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelua, tukipalvelua ja kotisairaanhoidtoa. Kotihoidossa hoitaja auttaa ja tukee asiakasta alentuneen toimintakyvyn tai jonkin sairauden vuoksi. Lisäksi hoitaja ottaa muun muassa näytteitä sekä huolehtii tarvittaessa asiakkaan lääkityksestä. Apua tarvitaan arkipäivän askareissa, ja asiakasta neuvotaan palveluihin liittyvissä asioissa. Kotihoitoa toteutetaan yleensä asiakkaan kotona tai palvelutaloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

3 ERGONOMIA

Ergonomia-käsite tulee kreikan kielen sanoista ergo (= työ) ja nomos (= luonnonlait) (Launis & Lehtelä 2011, 19). Ergonomialla tarkoitetaan työalueen, työvälineiden ja työmenetelmien kehittämistä työntekijöiden yksilölliset tarpeet huomioiden (Työsuojeluhallinto 2013). Ergonomian avulla ihmisen työ, työvälineet, työskentely-ympäristö ja muu toimintajärjestelmä pyritään sopeuttamaan hänen tarpeitaan ja ominaisuuksiinsa vastaaviksi. Tarkoituksena on myös parantaa ihmisten turvallisuutta, hyvinvointia, terveyttä sekä järjestelmän häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (Launis & Lehtelä 2011, 19.)

Ergonomia voidaan jaotella kolmeen eri tekijään, joita ovat fyysinen, kognitiivinen ja organisatorinen ergonomia. Fyysisen ergonomian tarkoituksena on suunnitella fyysinen toimintaympäristö siten, että se sisältää työympäristön, työpisteen, työvälineet ja -menetelmät. Kognitiivisella ergonomialla suunnitellaan järjestelmiä ja niiden käyttämistä sekä tietojen esittämistapoja. Organisatorinen ergonomia pitää sisällään henki-

löstön, työprosessien, työkokonaisuuksien ja työaikajärjestelmien suunnittelua sekä tuotantoa, laadullista toimintaa ja kehittyvää yhteistyötä. (Launis & Lehtelä 2011, 19–20.)

3.1 Työnantajan velvollisuudet

Työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijän turvallisuudesta ja jaksamisesta työssä. Työnantajan täytyy suunnitella, valita, mitoittaa ja toteuttaa työolosuhteita parantavia toimenpiteitä, jotta ergonomia toteutuisi. Jos työolosuhteista aiheutuvia haitta- ja vaaratekijöitä ei voida poistaa, tulee työnantajan arvioida niiden merkitys työntekijän terveydelle. Työntekijän tulee saada riittävä perehdytys työhön, työolosuhteisiin ja työvälineisiin sekä niiden käyttöön. Tarvittaessa työntekijän täydennyskoulutuksesta tulee pitää huolta. (Työsuojelulaki 738/2002.) Sosiaali- ja terveystieteiden alalla on kehitetty Ergonomiakortti® -koulutus, jonka tavoitteena on lisätä työ- ja potilasturvallisuutta avustettaessa potilaita liikkumisessa ja siirroissa (Työterveyslaitos 2013c).

Ergonomiaa huomioitaessa työpisteen rakenteet ja käytettävät työvälineet tulee valita niin, että työn luonne ja työntekijän edellytykset täyttyvät. Käytössä olevien työvälineiden ja työpisteen rakenteiden tulee olla säädettävissä ja järjestettävissä sellaisiksi, ettei niistä aiheutuisi työntekijälle haitallista tai vaarallista kuormitusta. Raskaana olevalla tai imettävällä työntekijällä tulee olla työpäivän aikana mahdollisuus lepoon. (Työsuojelulaki 738/2002.)

3.2 Fyysiset kuormitustekijät

Fyysistä toimintaa ovat liikkeen ja työn lisäksi työasennon ylläpitäminen ja tasapainon hallitseminen. Tavoitteena on, että työntekijöiden voiman käyttö työskennellessä saisi aikaan tehokkaan ja sujuvan tuloksen, jolla aiheutuisi mahdollisimman vähän kuormitusta, väsymystä ja vaurioita elimistön rakenteille. Liiallinen kuormitus aiheuttaa haittaa elimistöllemme, mutta myöskään liian vähäinen kuormitus ei ole suotavaa. Liiallinen elimistön rasittuminen aiheuttaa ylikuormitusta, väsymystä ja vaikeuttaa elimistön palautumista kuormittavasta tilanteesta. Tämän seurauksena lihakset ja muut rakenteet voivat vaurioitua niin, että työntekijälle syntyy rasisairauksia. Liian vähäinen elimistön kuormittuminen voi heikentää kasvuärsykeitä kudoksissa, minkä

seurauksena niiden sietokyky kuormituksia kohtaan alenee. Optimaalinen kuormitus vähentäisi riskiä pysyville vaurioille sekä vahvistaisi elimistöä sopeutumaan työn ja työympäristön vaatimuksiin. (Launis & Lehtelä 2011, 69–70.)

Fyysinen kuormittuminen voidaan jakaa energeettiseen kuormittumiseen ja liikuntaelinten kuormittumiseen. Energeettinen kuormittuminen ilmenee, kun pitkäkestoinen ja raskas tai keskiraskas liikkuva työ rasittaa hengitys- ja verenkiertoelimistöä. Tällöin työn luonne on pitkäkestoisen raskasta tai keskiraskasta liikuvaa työtä. Esimerkiksi hengityksen syventymistä ja kiihtymistä, lämmön nousua ja hikoilua ilmenee. Kun verenkiertoelimistö ei kykene kuljettamaan riittävästi happea lihaksiin, alkavat lihakset väsyä. Tämä näkyy työntekijän uupumisena. Liikuntaelinten kuormittumisessa tietyt lihakset voivat kuormittua liikaa erityisesti tehtävissä, joissa käytetään paljon voimaa. Työn edellyttämät voimat voivat ylittää työntekijällä olevat voimantuotto- sekä kestokyvyt, mitkä voi johtaa tapaturmiin ja lihasten, jänteiden ja nivelten vaurioitumiseen. Kuitenkin lihasten staattinen jännittäminenkin voi olla haitallista työntekijälle pitkään jatkuessaan. Myös toistoliikkeiden tekeminen voi pitkällä aikavälillä kuormittaa jänteitä ja kudoksia niiden ympärillä. (Launis & Lehtelä 2011, 71.)

Työ ja terveys -haastattelussa vuonna 2009 on käynyt ilmi, että sosiaali- ja terveystalvelujen työntekijöillä esiintyy työssään eniten hankalia työasentoja sekä työergonomian kehittämistarpeita (Ketola & Perkiö-Mäkelä 2010, 12). Hankalina työasentoina pidetään yli tunnin päivässä työskentelyä kumarassa tai muuten selälle huonossa asennossa sekä työskenneltäessä niin, että käsi tai kädet ovat hartiatason yläpuolella. (Nevala ym. 2010, 64–65.) Joka neljäs työskentelee päivässä hankalassa työasennossa ja joka kymmenes kädet hartiatason yläpuolella (Ketola & Perkiö-Mäkelä 2010, 12). Työasennon ollessa hankala on todettu olevan riski saada selän ja olkapään vaivoja. (Nevala ym. 2010, 64–65.) Työn fyysinen kuormittavuus ei ole vähentynyt viime vuosikymmenenä. Joka kahdeksas työntekijä joutuu nostamaan työssään yli 25 kg:n painoisia taakkoja käsin. (Ketola & Perkiö-Mäkelä 2010, 12.) Ergonomiaa kehittämällä on ennaltaehkäistävissä liikuntaelinten vaivoja sekä fyysisiä kuormitustekijöitä (Nevala ym. 2010, 64–65).

3.2.1 Näytteenotto

Laboratoriotutkimukset ovat näyte- tai potilastutkimuksia. Tutkimuksilla voidaan diagnosoida sairauksia ja seurata asiakkaan tilaa ja hoitoa. Näytetutkimuksella voidaan kuvata elimistön senhetkistä tilaa. Näytteenotossa ja sen analysoinnissa tulee varmistaa näytteen säilyvyys koko tutkimusprosessin ajan. On pidettävä huolta, että näyte on otettu oikealla tavalla, säilytyslämpötila ja -aika ovat toteutuneet sekä kontaminaation riski on minimoitu. (Matikainen ym. 2010, 8–9.)

Näytteenotossa fyysisiä riskitekijöitä useimmiten ovat selän etukumara, tukematon asento, käsien vaikeat työskentelyasennot, olkavarren kohoasento esimerkiksi poistettaessa käytettyjä neuloja sekä muut käsien vaivoille altistavat asennot, kuten kurottelu tavaroiden yltämiseksi. Näihin seikkoihin hoitaja pystyy osittain vaikuttamaan omilla työskentelytavoillaan. (Matikainen ym. 2010, 34.)

Näytteitä otettaessa välineet tulisi asetella lähelle itseään siten, ettei hoitajan tarvitse kurotella tai tehdä vartalon kiertoliikkeitä yltääkseen välineille. Vasenkätisen tulisi asetella välineensä oikealle puolelle ja oikeakätisen vasemmalle, jolla voidaan pyrkiä vähentämään käsien ristiin menoa näytettä otettaessa. Kehon tasaisen kuormittumisen kannalta olisi kuitenkin hyvä opetella pitämään näytteenottovälineitä molemmilla puolilla kehoaan. (Matikainen ym. 2010, 34–35.)

Ergonomiassa tulee ottaa myös huomioon lämpötila, valaistus ja ääniympäristö. Huoneessa, jossa näytteitä otetaan, tulisi olla sopiva lämpötila ilman vetoa. Yleisvalaistuksen tulisi olla riittävä, tarvittaessa lisävalaistusta tulisi olla saatavilla esimerkiksi pöytä- tai otsalampuilla. Psyykkiseen ergonomiaan kuuluvat näytteenottotilanteessa kiire sekä asiakaspalvelutilanteet. Kiire koostuu suurista asiakasmääristä ja näytteenoton sujuvuuden aiheuttamista ongelmista. Hoitajan tulee sopeutua erilaisiin näytteenottotilanteisiin ja ottaa huomioon asiakkaiden yksilölliset tarpeet. Jokaista asiakasta tulisi kohdella yksilönä, jolla voi olla näytteenottoon liittyviä pelkoja ja vaatimuksia. Asiakkaat voivat olla myös yhteistyöhaluttomia, jopa vihaisia, koska ovat joutuneet esimerkiksi odottamaan pitkään. Väkivallan pelko lisää hoitajien psyykkistä rasittumista, asiakas voi olla aggressiivinen, päihtynyt tai huumeriippuvainen. (Matikainen ym. 2010, 35.)

3.2.2 Haavanhoito

Haavanhoito on osa suurempaa kokonaisuutta, johon kuuluvat hoidon aseptinen toteutus sekä käsien desinfektio, haavan paikallishoito, sidosten käyttö ja kivunhoito. Ensimmäisestään haavanhoidossa tulee kiinnittää huomiota haavan etiologisiin tekijöihin, joita ovat verenkierron parantaminen, paineenpoisto haava-alueelta, inkontinenssin hoito sekä haavan paranemista hidastavien tekijöiden, kuten tupakoinnin ja vajaaravitsemustilan poistaminen. Näillä toimenpiteillä haavan paikallishoitoa tuetaan ja ennaltaehkäistään haavojen uusiutuminen ja synty. Tavoitteena on hoitaa haava mahdollisimman nopeasti. Aina tämä ei ole mahdollista, ja tällöin hoidon tarkoituksena on välttää lisäkäsityksen tuottamista asiakkaalle. (Hietanen ym. 2002, 65.)

Fyysistä kuormittavuutta mitattaessa on huomattu, että haavanhoito on yksi kuormittavimmista työtehtävistä. Haavanhoitotilanteissa niska-hartiaseudun jäykkyys lisääntyy ja tällöin on koettu myös hermostuneisuuden ja väsymyksen lisääntymistä. Painehaavaumien hoito koetaan kuormittavimpana. (Nuikka 2002, 58–59, 79.)

Tärkeä osa hoitajan turvallisuutta haavahoidossa on ergonomian huomiointi. Haavat voivat olla alueella, jossa on hankalaa saada hyvää työasentoa ja näin ollen hyvä ergonomia kärsii. Haavat voivat olla myös hankalia hoitaa, jolloin hoitoaika saattaa venyä jopa tunteihin. Tällöin väärä työasento voi aiheuttaa hoitajalle kipuja. Esimerkiksi sänkyä nostamalla ergonomiaa olisi mahdollista parantaa. (Metsälä & Nieminen 2010, 31.)

Koti hoitoympäristönä tuo paljon haasteita hoitajalle, jotta haavanhoito saataisiin toteutettua ergonomisesti oikein. Kotihoidon henkilökunnan tulee suunnitella ja toteuttaa haavahoitoa asiakkaan kodin ja toiveiden mukaisesti. Tavalliset sängyt sekä suihkutilojen puute aiheuttavat ongelmia hyvän ergonomian toteutumisessa. (Pulkinen 2004, 12–15.)

3.2.3 Työskentelytilat

Sipiläinen (2011, 16) tutki, mitä vaatimuksia kotona hoitaminen asettaa asunnoille. Keskeisimpiä tarkastelun kohteita olivat avustettavien toimintakyky, kuntouttava hoito, hoitajan ergonomia sekä toiminnan vaatimusten ja tilojen yhteensovittaminen. Er-

gonomian näkökulmasta tarkasteltiin avustamisen mahdollisuutta kotioiloissa, asunnon tilojen soveltumista ergonomisille työasennoille. Tutkimuksessa tarkasteltiin, saataisiinko laitoshoidossa hyväksi havaituista ergonomiaa edistävästä tekijöistä siirrettyä jotakin kotihoitoon.

Mitä vähemmän asiakas liikkuu, sitä kuormittavampaa työntekijän työ on. Ergonomiaan vaikuttaa asiakkaan toimintakyvyn lisäksi apuvälineiden käyttö sekä hoitajien työtavat. Eniten kuormittaa vuoteeseen ja vuoteesta siirtymiset kaikenkuntoisilla asiakkailla. Työolosuhteista kuormittavimpia ovat wc- ja peseytymistilat, koska tilat ovat usein ahtaita. Ahtaus voi aiheuttaa ongelmia myös asiakkaalle, sillä hoidon laatu kärsii huonosta työergonomiasta. Erityisesti kenkien, sukkien ja housujen riisuminen ja pukeminen sekä jalkojen hoito tehdään ergonomisesti huonoissa asennoissa. Hyvä työasento toteutui parityöskentelyssä, kun käytössä oli apuvälineitä, kuten nosturi ja säädettävä sänky. (Sipiläinen 2011, 66–67, 70–71, 139.)

Tilojen ergonomialle ristiriitaisuutta tuo asiakkaan ja hoitajan erilaiset vaatimukset, asiakas tarvitsee apuvälineitä lähelle itseään ja hoitaja tarvitsee tilaa auttaakseen asiakasta, mutta apuvälineet voivat olla hoitajan tiellä. Siirtoja suoritettaessa tulisi käyttää erilaisia siirtotapoja riippuen käytössä olevasta tilasta, jotta välttyttäisiin liialliselta kuormittumiselta. Lisäksi tulisi hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja siirtoja tehdessä. (Sipiläinen 2011, 117.)

Wc- ja peseytymistilat vaativat eniten muutoksia. Tilojen tulisi olla esteettömiä, niissä tulisi olla vain tarvittavia kalusteita ja tukikaiteita. Kalusteet ja tukikaiteet suunnitellaan asiakkaan tarpeiden mukaan, avustavia henkilöitä unohtamatta. Näin tiloista saadaan turvallisempia liikkua, kaatumisriskit pienenevät ja avuntarve vähenee. Avustavien henkilöiden työasennot paranevat ja kuormitukset helpottuvat. Lisäksi tulisi ottaa huomioon potilaan kätisyys, värit ja säädettävyys. Värien avulla helpotetaan erityisesti muistisairaita asiakkaita huomioimaan tilassa sijaitsevat kaiteet. (Työterveyslaitos 2013a.)

Makuuhuone on toinen ongelmallisista paikoista työskennellä. Vuoteiden molemmilla laidoilla tulisi olla työskentelytilaa. Sänkyjen tulisi olla korkeussäädettäviä, ja makuuhuoneessa tulisi olla tilaa nostolaitteen käytölle ja liikkumisen apuvälineille, jos sellai-

sia tarvitaan. Muissa tiloissa tulisi huomioida esteetön kulku edellä mainittuihin tiloihin. (Sipiläinen 2011, 76–78.)

3.2.4 Asiakassirrot

Työtehtävistä kuormittavimpia ovat siirrot ja nostot erityisesti potilasta autettaessa siirtymään sängystä pyörätuoliin ja takaisin sänkyyn. Käytettäessä apuvälineitä hie-
man yli puolet työntekijöistä kokee siirrot ja nostot kuormittaviksi. Apuvälineiden käyttö koetaan haasteelliseksi, koska niiden käyttö vaatii opettelua ja ne hidastavat työntekoa. Eniten mielipiteitä jakaa nostolaitteen käyttö, koska osan mielestä se on liikaa aikaa vievä ja osan mielestä se on kätevä. Käytettävien tilojen ahtaus koetaan myös ongelmalliseksi apuvälineitä käytettäessä. (Tuominen 2010, 58–59,61.)

Käsillä tapahtuvan taakan siirtäminen nostamalla, laskemalla, työntämällä, vetämällä, kantamalla tai rullaamalla suoritetaan lihasvoimaa käyttäen. Peruseriaatteena tulisi välttää huonossa asennossa työskentelyä sekä asiakkaan nostamista pelkin käsivoimin. Käyttämällä apuvälineitä ja kouluttautumalla potilassiirtotekniikoihin hoitajat voisivat vähentää kuormitustaan merkittävästi. (Työterveyslaitos 2013b.) Siirroissa tulisi myös huomioida asiakkaan omat voimavarat ja toimia niiden mukaisesti kuntouttavaa työtä käyttäen (Rautava-Nurmi ym. 2012, 209–210).

Ahtaimmiksi tiloiksi koetaan wc-tilat sekä kahden hengen huoneet. Potilaan omat apuvälineet, kuten rollaattori, sekä huoneessa olevat huonekalut ovat usein työntekijän tiellä ja lisäävät tilan ahtautta. Noin puolet työntekijöistä on sitä mieltä, että nosto- ja siirtotyön vaarat on työpaikalla arvioitu kokonaan tai osittain sekä koulutusta työergonomiasta on saatu. Lisäohjausta selkeästi kaivattiin lattialta ylös avustamiseen ilman apuvälineitä sekä nosturin kanssa ja sängystä pyörätuoliin tai pyörätuolista sänkyyn avustamiseen (Tuominen 2010, 62–64.)

Vuodepesujen teko yksin, vuodepotilaan syöttäminen, isokokoisten ja aggressiivisten potilaiden avustaminen sekä asentohoito ovat toimenpiteitä, joihin tarvittaisiin lisäohjausta. Ohjauksessa tulisi myös huomioida mahdollinen työntekijän ja potilaan pituusero. Asioiden kertaaminen, lisäkoulutus ja uudistuneiden tietojen läpi käyminen koettiin tarpeelliseksi. (Tuominen 2010, 67.)

3.2.5 Näyttöpäätetyöskentely

Työskenneltäessä näyttöpäätteen kanssa tulisi huomioida, että työtuoli on mitoitettu työntekijälle sopivaksi. Tuolissa tulisi olla säätömahdollisuus, jotta asennon vaihtaminen onnistuisi tarpeen mukaan. Työtason korkeutta tulisi pystyä säätämään työntekijälle sopivaksi, jotta työskentelyasento olisi mahdollisimman rento. Näyttöruutu tulisi olla aseteltuna siten, että katselukulma on alaviistoon ja pään asento rentona. Käytävissä oleva aineisto tulisi sijoittaa niin, että se on katselun ja käsittelyn kannalta sopivassa paikassa. Näppäimistön ja hiiren etäisyys tulee olla työntekijälle sopiva ja käsille tulee olla riittävästi pöytäpintaa tai erillinen rannetuki, jotta yläraajojen asento pysyy rentona. Valaistus tulisi sijoitella niin, ettei se häikäise tai aiheuta häiritseviä heijastumia näyttöruutuun. (Niskanen ym. 2006, 6.)

4 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden ergonomisten työasentojen käyttämistä työssään. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa kotihoidon työntekijöiden tuki- ja liikuntaelinten voinnista sekä tietoa tilanteista, joissa ergonomia toteutuu hyvin tai puutteellisesti.

Tutkimuskysymyksemme olivat seuraavat:

1. Miten ergonomiaa toteutetaan kotihoidossa työskenneltäessä?
2. Miten työntekijät arvioivat toteuttavansa ergonomisia työskentelytapoja?
3. Millainen on työntekijöiden fyysinen kuormittuneisuus ja tuki- ja liikuntaelinten kunto?

5 TOTEUTUS

Toteutimme työmme määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Määrällisessä tutkimuksessa mitataan muuttujia, hyödynnetään tilastollisia menetelmiä sekä tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Muuttujat voivat olla joko riippumattomia, kuten vastaajien taustatiedot, tai riippuvia, kuten vastaajien tyytyväisyys ergonomiaan. Muuttujat voivat olla myös väliin tulevia. Tutkimusmenetelmä voidaan jakaa pitkit-

täis- ja poikittaistutkimukseen. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useampaan otteeseen, jolloin tutkittava ilmiö pysyy samana. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran, jonka jälkeen tutkittavaa ilmiötä ei tutkita uudestaan ajallisen etene-
misen selvittämiseksi. Hoitotieteissä käytetään enimmäkseen poikittaistutkimuksia, jota mekin työssämme käytimme. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42.)

Valitsimme määrällisen tutkimuksen, sillä kohdejoukko oli melko suuri. Suurelle vastaajajoukolle strukturoitu kyselykaavake soveltui hyvin. Sitä oli helppo analysoida, emmekä halunneet kohdejoukosta yksilöllistä vaan yleistettävää tietoa.

Työelämäohjaajamme olivat mukana sekä kotipalvelusta että kotisairaanhoidosta. Alkutapaamisen jälkeen olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä, kun tarvitsimme lisätietoa tai informoimme työmme etenemisestä. Yhteistyömme sujui hyvin.

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tärkeintä otoksessa on, että se edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Otoksen koko on tärkeä huomioida, sillä se kertoo tulosten yleistettävyydestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79–80.) Otos kuvastaa perusjoukkoa. Kokonaisotantamenetelmässä koko perusjoukko tulee mukaan tutkimukseen. Tämä kannattaa tehdä silloin, kun otoskoko on yli puolet perusjoukosta. Kokonaisotantaa käytetään pienissä tutkimusaineistoissa, joissa perusjoukon havaintoyksiköiden määrä on alle sata. (Vilka 2007, 51–52.)

Kohderyhmänämme toimivat Savonlinnan kotihoiton kaikki vanhan Savonlinnan työntekijät. Työntekijöitä on tällä alueella 113, mutta oletimme saavamme vastauksia alle sadalta. Tämän seurauksena otantamenetelmäksi valikoitui kokonaisotanta. Kyselyn toteuttamisen jälkeen ilmeni, että kysely olikin lähetetty uuden Savonlinnan alueelle (Savonlinna, Savonranta, Kerimäki, Punkaharju) eli noin 170:lle työntekijälle.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Keräsimme aineistomme kyselylomakkeen avulla. Survey-tyyppisessä tutkimusmenetelmässä aineisto kerätään kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin avulla käyttäen standardoituja kysymyksiä. Testihenkilöt muodostavat otoksen jostain tietyistä kohde-

ryhmästä. Standardoituvuudella tarkoitetaan, että kaikilta vastaajilta kysytään kysymykset samalla tavalla. Tämäntyyppisessä keruumenetelmässä on hyötyä, kun tutkittavia on paljon. Kyselyn avulla voidaan myös kysyä useita asioita kerralla. Tutkimusmenetelmä on tehokas, koska se säästää usein tutkijan aikaa. Haittoina ovat usein aineiston pinnallisuus ja teoreettinen vaatimattomuus. Ei voida olla varmoja, kuinka vakavasti vastaajat ottavat tutkimuksen ja ovatko tutkimuksen vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita, kaikkien vastaajien ymmärrettävissä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193, 195.)

Kyselylomakkeen sisältö muodostui teoria- ja tutkimustiedon sekä omakohtaisten kokemusten pohjalta. Tutkimustiedosta poimimme ongelmiksi muodostuneita asioita ja teimme niistä kysymykset. Hyödynsimme omakohtaisia kokemuksia niiden ongelmien kohdalla, joista tutkimustietoa ei ole, kuten suoniverinäytteenoton ergonomia. Taustatiedoiksi valikoituivat mielestämme olennaisimmat tiedot tämän kyselyn kannalta.

Verkkokysely sopii yritysten sähköisten tietopalvelujen käyttäjille, sillä heitä on helppointa lähestyä internetin välityksellä (Laaksonen ym. 2013, 68). Verkkokyselyn etuina ovat aineiston keruun nopeus ja vastausten vaivaton saaminen. Suurimmaksi ongelmaksi verkkokyselyssä kuitenkin muodostuu kato. Kato määräytyy sen mukaan, kuinka moni vastaaja jättää vastaamatta kyselyyn ja millaiseksi he kokevat tutkimuksen aihepiirin. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kysely tehdään suurelle kohdejoukolle, jota ei ole erikseen valittu, kadon todennäköisyys on melko suuri. Vastauksia tällöin tulee yleensä 30–40 prosenttia. Tehtäessä kysely tietylle kohdejoukolle, kuten esimerkiksi sairaanhoitajille, vastausprosentti voi olla suurempi, etenkin, jos aihe on vastaajille tärkeä. Yleensä tutkija joutuu muistuttamaan vastaamatta jättäneitä kyselystä. Tämä toteutetaan usein kahdesti. Tällä tavoin vastausprosentti voi kohota jopa 70–80 prosenttiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.)

Sovimme sähköpostin välityksellä toimeksiantajan kanssa, että hän toimittaa kyselyn työntekijöilleen. Teimme valmiin sähköpostiviestin, joka sisälsi saatekirjeen (liite 1) ja linkin kyselyyn (liite 2). Lähetimme tämän toimeksiantajalle 2.2.2014. Toimeksiantaja lähetti viestin suoraan työntekijöilleen sovittuna päivämääränä, joka oli 3.2.2014. Kysely oli avoinna 3.2.2014–17.2.2014.

Kyselyn ajankohtaa suunniteltaessa tulee huomioida tietyt vuodenaajat sekä sesonkeihin kiinteästi liittyvät asiat, sillä tutkimuksen vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi näiden asioiden vuoksi (Vilkkä 2007, 28).

Vastaukset tallentuivat Webropol-ohjelmaan. Vastauksia pystyy tarkastelemaan vain ohjelman pääkäyttäjä sekä mahdolliset alikäyttäjät, jotka vain pääkäyttäjä pystyy hyväksymään (Webropol 2014, 23). Analysoinnin jälkeen tiedot hävitettiin ohjelmasta. Analysointi tapahtui maaliskuussa 2014. Webropol-ohjelmasta saadut kyselyn tulokset muutimme taulukoiksi ja kuvioiksi hyödyntäen Excel- ja Word-ohjelmia.

6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

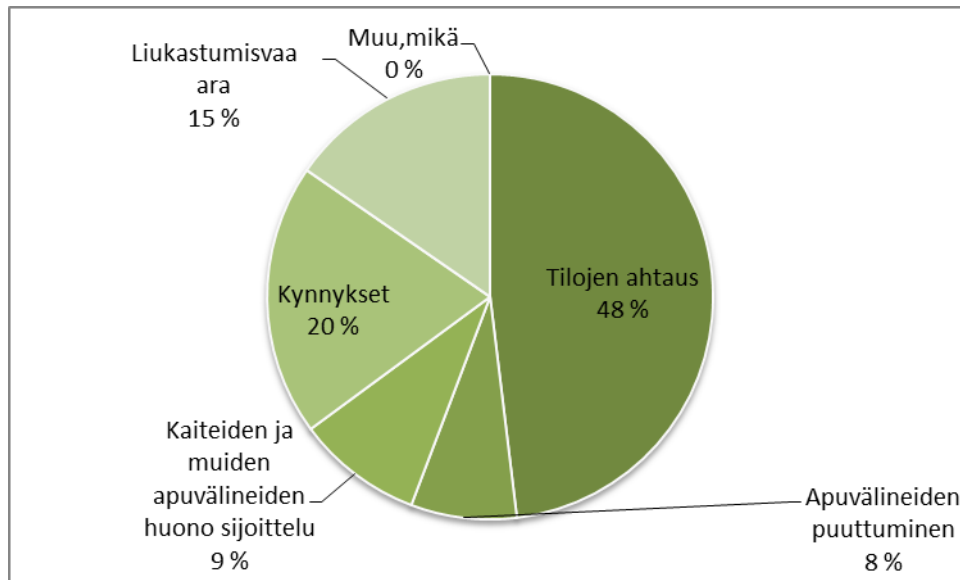
Kohdejoukko on Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon henkilöstö. Kyselyymme vastasi 37 (=n) kotihoidon työntekijää, vastausprosentti oli 22. Taustatietoina kysyttiin ikää, työskentelyaluetta, ammattia ja sitä, onko vastaajalla diagnosoitua tuki- ja liikuntaelinsairautta. Vastaajista yksi oli kuntahoitaja/lähihoitaja, ja yksi oli terveydenhoitaja. Tutkittavien identiteettisuojaan vuoksi yhdistimme kuntahoitajan lähihoitajien aineistoon ja terveydenhoitajan sairaanhoitajien aineistoon. Työskentelyalueiden vaihtoehdot eivät soveltuneet kaikille vastaajille, joten päädyimme jättämään sen analysoinnin ulkopuolelle epäluotettavuuden vuoksi. Noin 60 % vastaajista oli 30–49-vuotiaita lähi- tai perushoitajia. Sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia oli viidennes vastaajista. 1/5 vastaajista oli 30–39-vuotiaita. 62 % vastaajista oli lähi- tai perushoitajia. Tuki- ja liikuntaelinsairautta oli diagnosoitu alle 20 prosentilla. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat

	n	%
Ikä vuosina (n=37)		
alle 29	4	11
30-39	8	22
40-49	16	43
50-59	6	16
60 tai yli	3	8
Ammatti (n=37)		
Fysioterapeutti	0	0
Kodinhoitaja/Kotiavustaja	4	11
Lähihoitaja/Perushoitaja	23	62
Sairaanhoitaja	8	22
Terveystenhoitaja	1	3
Muu, mikä?	1	3
Diagnosoitu tuki- ja liikuntaelinsairaus (n= 37)		
Kyllä	6	16
Ei	31	84

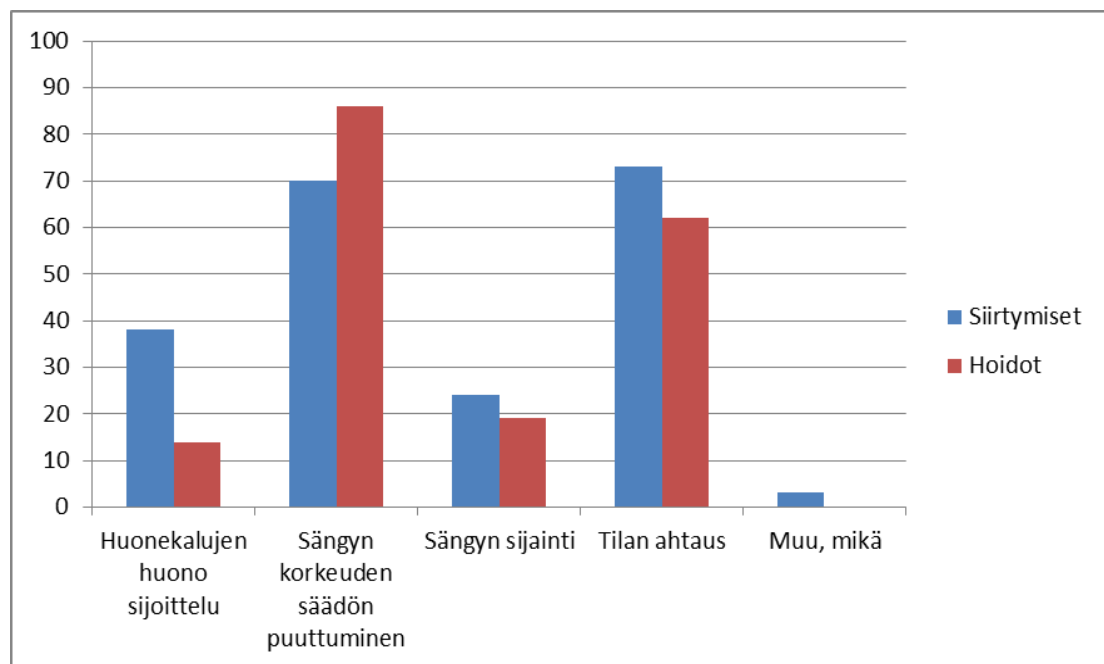
6.2 Ergonomian toteutuminen kotihoidossa

Asiakkaan wc- ja peseytymistilojen suurimpana ongelmana -kysymyksessä oli mahdollisuus valita joko tilojen ahtaus, apuvälineiden puuttuminen, kaiteiden ja muiden apuvälineiden huono sijoittelu, kynnykset, liukastumisvaara tai muu, mikä. Wc- ja peseytymistiloista kysyttäessä kaikkien vastanneiden mielestä tilojen ahtaus on suuri ongelma. Lisäksi kynnykset koettiin ongelmallisiksi (20 %). (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Suurimmat ongelmat asiakkaiden wc- ja peseytymistiloissa (n=37)

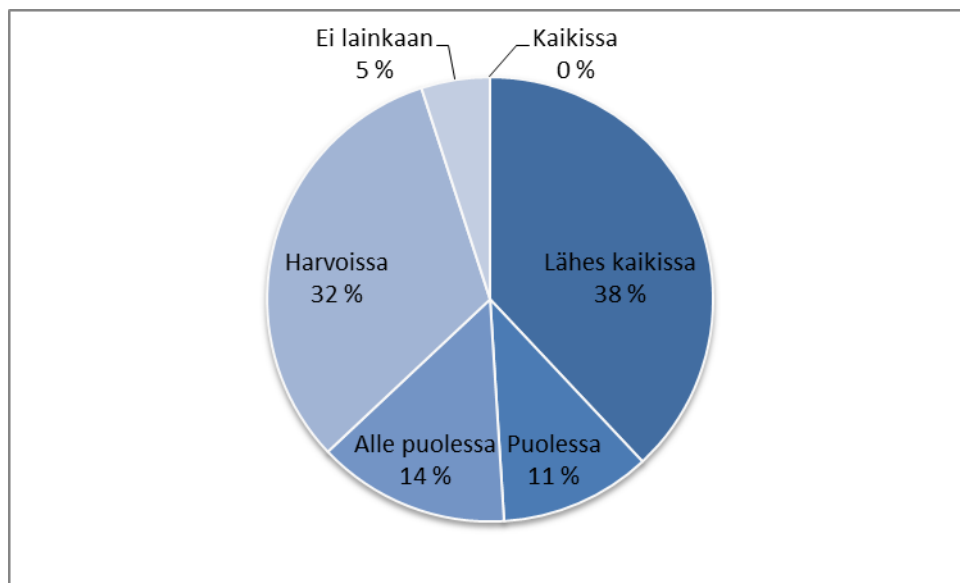
Hoitajilta tiedusteltiin, mitkä ovat suurimmat ongelmat potilaan makuuhuoneessa asiakassiirtoja tehtäessä. Vaihtoehtoja oli mahdollisuus valita huonekalujen huono sijoittelu, sängyn korkeuden säädön puuttuminen, sängyn sijainti, tilan ahtaus tai muu, mikä. Merkittävä osa hoitajista (70 %) koki sängyn korkeuden säätämisen puutteen häiritsevän ergonomista työskentelyä. Avoimessa kohdassa hieman esille nousivat makuuhuoneessa olevat matot, joita asiakkaat eivät anna poistaa. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Suurimmat ongelmat asiakkaiden siirtymisissä makuuhuoneessa sekä hoidettaessa asiakasta vuoteeseen (%) (n=37)

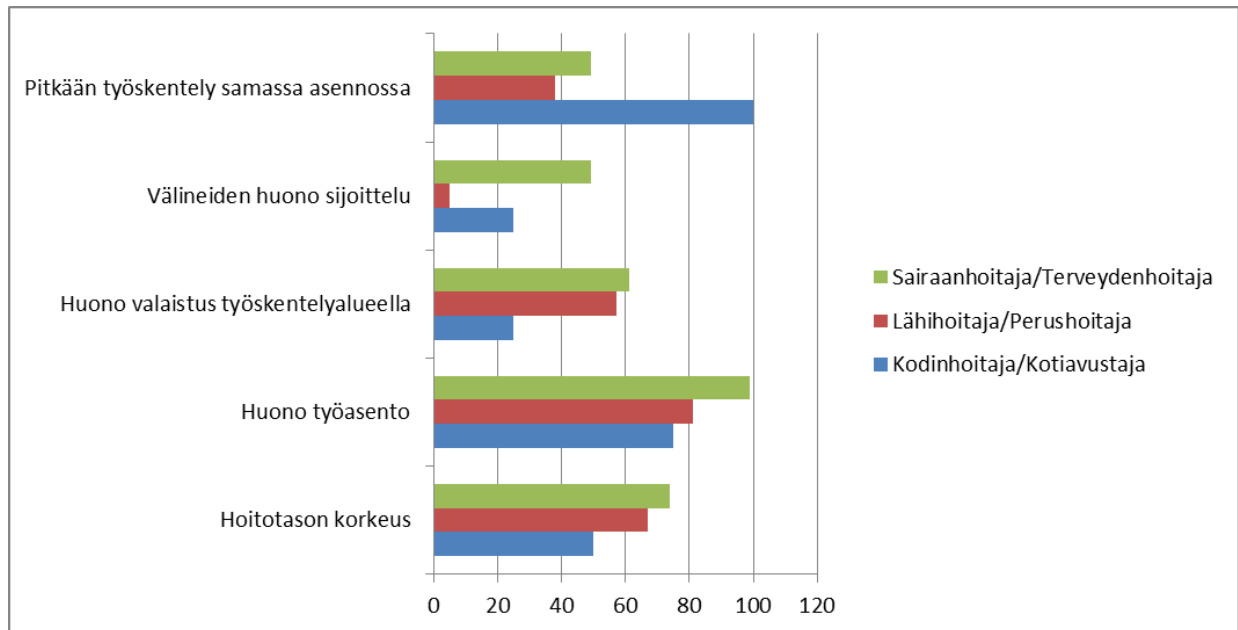
Selvitettäessä asiakkaan hoitamista vuoteessa sängyn korkeuden säädön puuttuminen koettiin selkeästi tuottavan suurimpia ongelmia (86 %). Tilojen ahtaus koettiin myös hankalaksi vastaajien mielestä (62 %). (Kuvio 2.)

Vastaajilta selvitettiin, kuinka monessa paikassa asiakassiirtoja tehdessä on käytössä apuvälineitä. 38 %:lla vastaajista on käytössään apuvälineitä lähes kaikissa paikoissa. Kuitenkin noin 40 %:lla apuvälineitä on käytössä vain harvoissa paikoissa tai ei lainkaan. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Asiakkaat joiden luona on käytössä apuvälineitä siirtoja tehdessä (n=37)

Haavanhoitotilanteen haastavuudesta kysyttäessä kaikki kodinhoitajat/kotiavustajat arvioivat haastavimmaksi pitkään työskentelyn samassa asennossa. Lähes kaikki sairaanhoitajista/terveydenhoitajista piti ergonomian toteutumisessa haastavimpana huonon työasennon, ja 3/4 heistä toi esiin hoitotason korkeuden. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Haavanhoitotilanteen haastavuus (%) (n= 37)

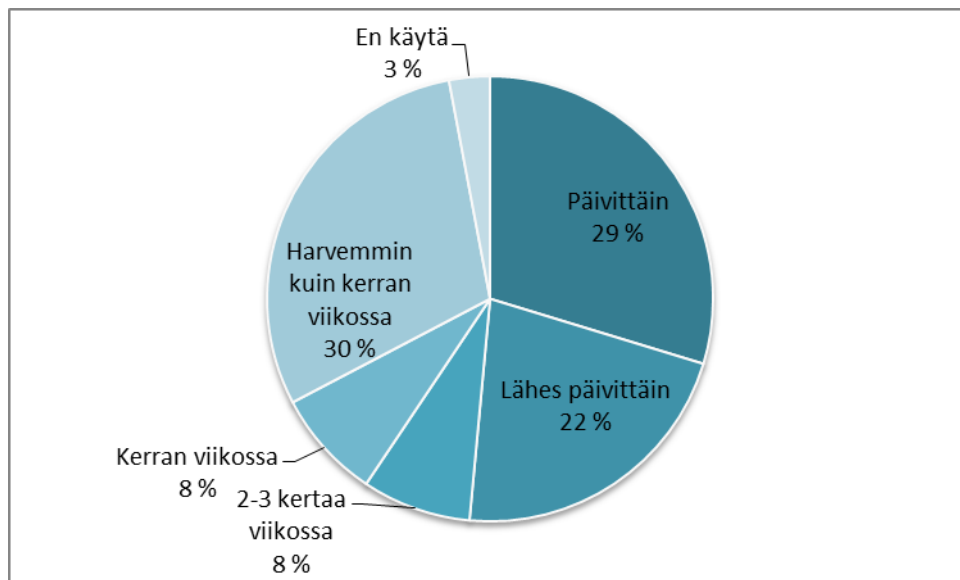
Kysyttäessä suoniverinäytteenottotilanteen ergonomiasta lähes puolet vastaajista koki työskentelyasennon tyydyttäväksi. 66 % vastaajista arvioi välineiden asettelun ergonomian kannalta hyväksi tai kohtalaiseksi. Valaistus oli kaikkien mielestä korkeintaan hyvä, mutta suurimman osan mielestä kohtalainen tai tyydyttävä. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Koettu työergonomia (%) suoniverinäytteenottotilanteessa (n= 13)

	Erinomainen	Hyvä	Kohtalainen	Tyydyttävä	Huono
Työskentelyasento	8	15	23	46	8
Välineiden asettelu	8	33	33	17	8
Valaistus	0	8	42	42	8

6.3 Työntekijöiden arviot ergonomisesta työskentelystä

Kysyttäessä apuvälineiden käytöstä asiakassiirroissa vastaajista noin 50 % käyttää apuvälineitä päivittäin tai lähes päivittäin. Harvemmin kuin kerran viikossa apuvälineitä käyttää 30 %. Noin kolme prosenttia vastaajista ei käytä apuvälineitä lainkaan. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Apuvälineiden käyttö asiakassiirtoja tehdessä (n= 37)

Työskentelyergonomiaa selvittäessä 81 % vastaajista kokivat työskentelyergonomiansa hyväksi tai kohtalaiseksi. Yksikään vastaajista ei kokenut työskentelyergonomiaosaamistaan huonoksi. Tyydyttäväksi sen koki 19 %.

Tulkittaessa vastaajien ergonomian toteutumisesta autettaessa asiakasta päivittäisissä toiminnoissa, kaikki vastaajat huomioivat ergonomiansa jossakin määrin. 86 % huomioi päivittäin tai lähes päivittäin ergonomian toteutumista. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Ergonomian toteutumisen huomiointi asiakasta autettaessa päivittäisissä toiminnoissa (n= 37)

	n	%
Päivittäin	21	57
Lähes päivittäin	11	30
2-3 kertaa viikossa	3	8
Kerran viikossa	0	0
Harvemmin kuin kerran viikossa	2	5
En lainkaan	0	0

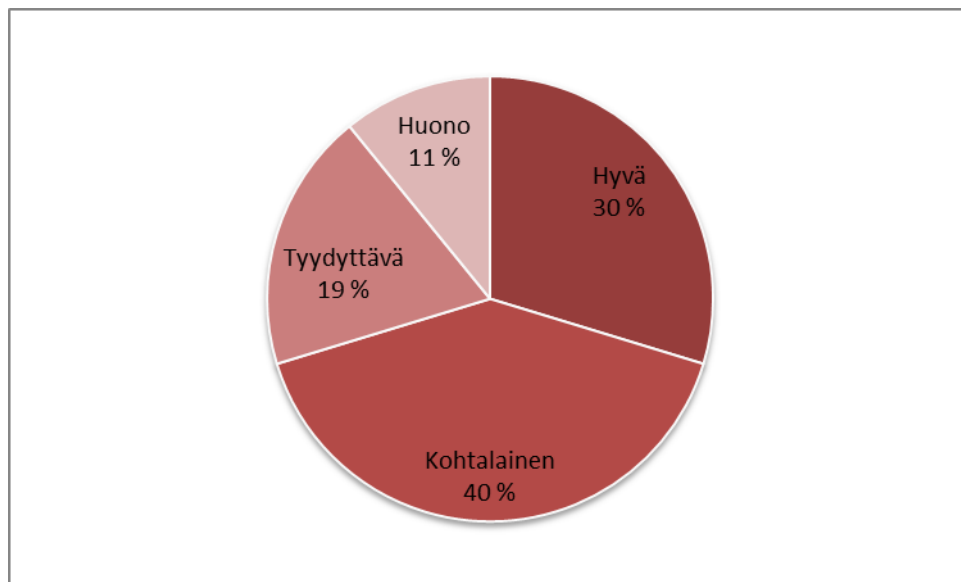
Näyttöpäätetyöskentelyergonomiaa selvittäessä noin 40 % säätää tuoliaan harvemmin kuin kerran viikossa itselleen sopivalle korkeudelle. 8 %:lla ei ole mahdollisuutta vai-

kuttaa tuolin korkeuteen. Työpöydän korkeudesta kysyttäessä 80 %:lla hoitajista ei ollut mahdollisuutta säätää työpöydän korkeutta. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Tuolin ja pöydän korkeuden säädeltävyyden käyttäminen (%) (n= 37)

	Tuoli	Pöydän korkeus
Päivittäin	19	3
Lähes päivittäin	19	3
2-3 kertaa viikossa	8	0
Kerran viikossa	8	0
Harvemmin kuin kerran viikossa	38	14
Ei mahdollisuutta vai- kuttaa	8	81

1/4 vastaajista koki, että valaistus työpisteellä on hyvä tai kohtalainen (kuvio 6). Suurin osa vastaajista (70 %) vastasi, että käsille on tarpeeksi tilaa näppäimistön ja hiiren käyttöä varten. 1/2:lla vastaajista tietokoneen näyttö on aseteltu niin, että he katsovat sitä alaviistoon, lisäksi näytön asennon vaihtelevuutta ilmeni 16 %:lla. (Taulukko 5.)



KUVIO 6. Työpisteen valaistus (n= 37)

TAULUKKO 5. Näppäimistön ja hiiren tilan riittävyys sekä tietokonenäytön mahdollisuus asettaa oikeaoppiseen asentoon

	Näppäimistö ja hiiri	Tietokonenäyttö
Kyllä	70	51
Ei	30	32
Vaihtelevasti	-	16

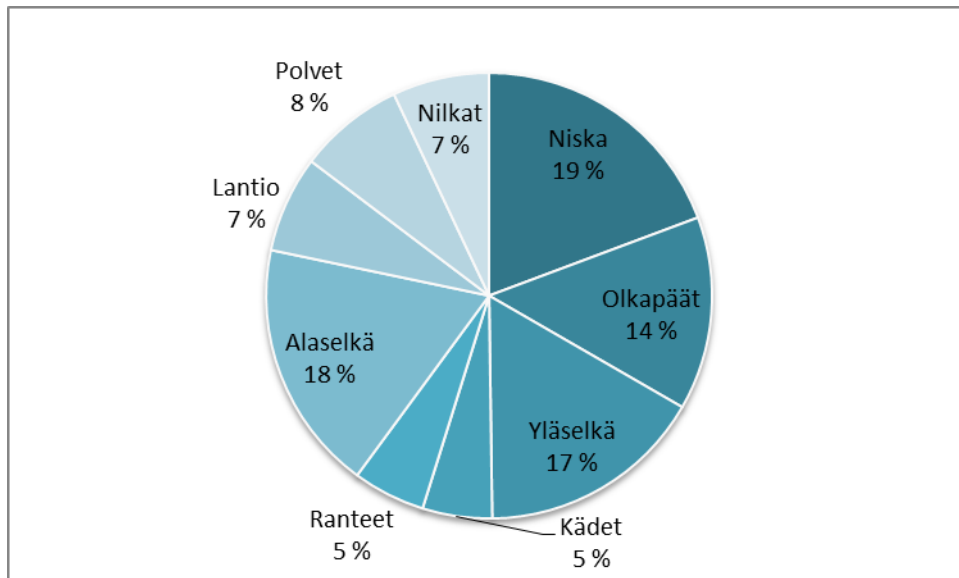
6.4 Työntekijöiden fyysinen kuormittuneisuus ja tuki- ja liikuntaelinten kunto

Noin 1/2 hoitajista vastasi, että heillä on ollut viimeisen vuoden aikana tuki- ja liikuntaelinten vaivoja silloin tällöin. Hoitajista yli 1/2 koki, että heidän tuki- ja liikuntaelimensä kuormittuvat kohtalaisesti. Paljon kuormitusta aiheutui 32 %:lle. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Tuki- ja liikuntaelin vaivojen ilmeneminen sekä työn aiheuttama kuormitus (n= 37)

Viimeisen vuoden aikana ilmennyt tuki- ja liikuntaelinten vaivoja (%)	
Jatkuvasti	8
Usein	16
Silloin tällöin	51
Harvoin	19
Ei lainkaan	5
Arvio työn aiheuttamasta kuormituksesta tuki- ja liikuntaelimiin (%)	
Kuormittaa paljon	32
Kuormittaa kohtalaisesti	54
Kuormittaa vähän	14
Koen kuormituksen sopivaksi	0

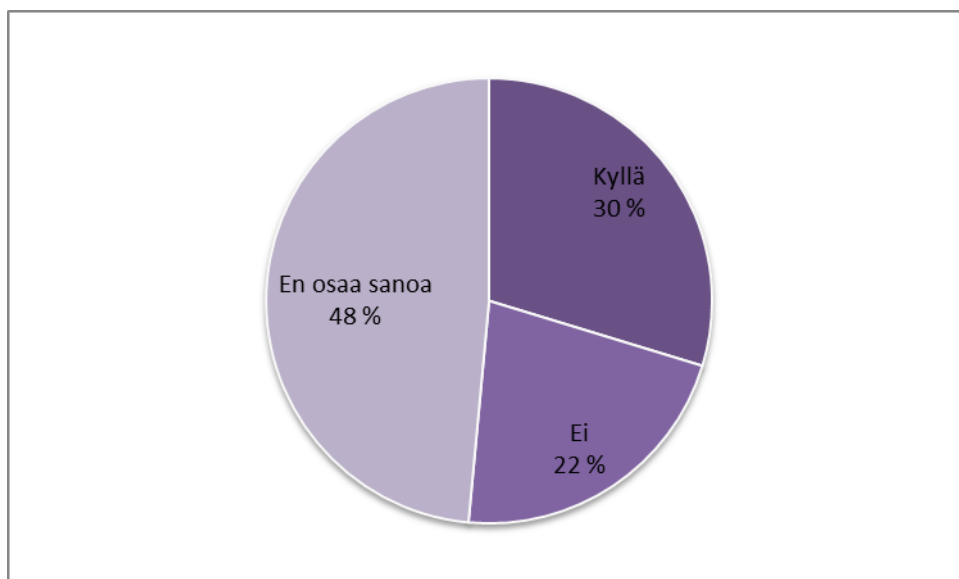
Niskan ja selän alueella vastaajat kokivat eniten kipua, särkyä, polttelua, tunnottomuutta ja jäykkyyttä. Vähiten koettiin ranteiden ja käsien alueella. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Koettu kipu, särky, polttelu, tunnottomuus ja jäykkyys eri kehon alueilla (n= 37)

6.5 Koulutusten tarve

Noin puolet vastaajista (49 %) ei osannut sanoa, onko heillä mahdollisuutta osallistua ergonomiakoulutuksiin (kuvio 8). Koulutuksista eniten kiinnostivat apuvälineiden käyttö (92 %) sekä asiakkaan siirtomenetelmät kotihoidossa (89 %). Lisäksi avoimessa kysymyksessä ilmeni, että kaikenlainen apu työskentelyn hallintaan on tervetullutta ja vastaajat osallistuvat aina kyseisiin koulutuksiin tarpeen mukaan. (Taulukko 7.)



KUVIO 8. Mahdollisuus osallistua ergonomiakoulutuksiin (n= 37)

TAULUKKO 7. Vastaajien kiinnostus seuraaviin koulutuksiin

	Kyllä (%)	Ei (%)
Asiakkaan siirtomenetelmät kotihoidossa	89	11
Ergonominen näytteenotto kotihoidossa	62	38
Apuvälineiden käyttö kotihoidossa	92	8
Näyttöpäätetyöskentelyn ergonomia	68	32
Kinestetiikan käyttö asiakkaan siirroissa	73	27
Muu, mikä	22	78

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen eettisyys rakentuu monista erilaisista vaatimuksista. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut aiheesta ja halukas hankkimaan uutta tietoa asiasta. Tutkijan täytyy olla myös tunnollinen, jotta tutkimuksen avulla saatu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tieteellistä tietoa käsiteltäessä tulee huomioida, että tietoja käytetään eettisesti oikein. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja tieteen ulkopuoliseen. Sisäisessä etiikassa keskitytään luotettavuuteen ja totuudellisuuteen koko tutkimusprosessissa. Tähän ryhmään kuuluvat myös aineiston arviointi sekä aineistoa käsittelevät henkilöt. Tieteen ulkopuolisessa tutkimusetiikassa käsitellään sitä, kuinka ulkopuoliset henkilöt tai tahot vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustyyppiin. (Kankkunen 2009, 172–173.)

Toteutimme eettisiä periaatteita työssämme. Olimme henkilökohtaisella tasolla kiinnostuneita aiheesta, mikä vaikutti mielenkiintoon hankkia tietoa aiheesta. Käytimme työssä vain luotettaviksi kokemiamme tietolähteitä sekä käsitelimme niitä eettisesti oikein. Pyrimme tulkitsemaan tuloksia luotettavasti ja niin, ettei yksittäinen vastaaja erottuisi kohdejoukosta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä asiaa, mitä on täytynytkin mitata. Reliabiliteetista puhutaan silloin, kun viitataan tulosten pysyvyyteen. Luotettavuudessa mittari on valittava oikein, sillä se on koko tutkimuksen luotet-

tavuuden perusta. Jos mittari ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Tutkimuksessa on hyvä käyttää valmiita, testattuja ja standardoituja mittareita, jos se on mahdollista. Mittari tulee esitestata, jotta saadaan tietoa sen luotettavuudesta ja toimivuudesta. Esitestaus tapahtuu normaalia pienemmällä joukolla, ja mittarin lopussa tulisi olla kohta, johon testaajalla on mahdollisuus laittaa kehittämisehdotuksia. Tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisessä validiteetissa tulokset johtuvat jostakin tietyistä asetelmasta eikä muista sekoittavista tekijöistä. Ulkoisessa validiteetissa viitataan tulosten yleistettävyyteen. Yleistettävyyttä täytyy tutkijan itse arvioida, sillä hoitotieteessä tuloksia ei yleensä voi yhdistää muihin yksiköihin. (Kankkunen 2009, 152–158.)

Tutkimuksessa saimme tehtyä kysymykset, jotka vastaavat tutkimusongelmiimme. Kyselystämme saamiamme tuloksia ei voida yleistää, koska vastaajajoukko jäi pieneksi. Niitä voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina. Tutkimuksemme ei ole täysin luotettava, sillä väärinymmärryksen vuoksi kysely lähetettiin vanhan Savonlinnan sijaan uuden Savonlinnan alueelle. Ne vastaajat, jotka eivät kuuluneet vanhan Savonlinnan alueeseen, saattoivat kokea, ettei kysely koskettanut heitä, sillä työskentelyalue- kysymyksessä ei ollut heille sopivaa vastausvaihtoehtoa. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi myös vastaajien määrä, joka oli oletettua pienempi.

Esitestasimme kyselyn pienellä joukolla, joiden tiesimme käyneen kotisairaanhoidon harjoittelun. Heiltä saimme hyvää palautetta kyselyn kehittämiseen. Esitestausryhmä ei ollut anonyymi, tunsimme joukon entuudestaan ja saimme palautteen henkilökohteisesti kirjallisena. Esitestaus vastasi oletuksiamme ja onnistui hyvin. Vaikka testaajat olivat meille entuudestaan tuttuja, pidimme saamiamme palautteita luotettavina. Toisaalta osa testaajista ei välttämättä uskaltanut tuoda kaikkia mielipiteitään esille, koska vastauksia ei jätetty anonyymisti.

8 POHDINTA

Sipiläisen (2011) tutkimustuloksiin verrattaessa yhtäläisyyksiä löytyi vuoteeseen ja vuoteesta siirtymisissä sekä wc- ja peseytymistilojen ahtaudessa. Makuuhuoneessa työskenneltäessä molemmissa tuloksissa ilmeni sängyn korkeuden säädön puuttumisen vaikuttavan työskentelyergonomiaan. Sipiläisen (2011) tutkimuksen mukaan sän-

gyn ympärillä oleva tila oli puutteellista, mutta meidän tuloksissamme vastaa ongelmaa ei ilmennyt.

Sipiläisen (2011) tutkimuksessa apuvälineiden käyttö koettiin haasteelliseksi. Mekin pohdimme, mikä on syynä siihen, että meidän tutkimuksessamme ilmeni, että apuvälineitä on saatavilla, mutta niitä ei käytetä niin usein kuin ehkä olisi mahdollista. Tuomisen (2010) tutkimuksen mukaan lisäkoulutus koettiin tarpeelliseksi, ja tämä huomattiin myös meidän tutkimustuloksia tarkasteltaessa.

Haavanhoidon ergonomiassa huonoa työasentoa sekä pitkään työskentelyä samassa asennossa pidettiin suurimpina ongelmina meidän työssämme. Sama ongelma ilmeni myös Metsälän ja Niemisen (2010) tutkimuksessa.

Tekemämme tutkimus vahvisti olettamusta siitä, että kotihoidon ergonomiassa on paljon kehitettävää. Moni vastauksista ilmenevä asia oli oletettavissa, mutta myös yllätyksiä asioita ilmeni. Yllättävää oli, että monen vastaajan käytössä on apuvälineitä lähes jokaisessa hoitopaikassa, mutta jakautumaa niiden käytössä ilmeni huomattavasti. Haavanhoitotilanteen haastavuus jakoi paljon mielipiteitä eri ammattiryhmien välillä. Kysymyksiä herättää mielipiteiden jakautuminen välineiden huonon sijoittelun suhteen. Lähihoitajien mielestä se ei ollut kovinkaan haasteellista, vaikka sairaanhoitajien mielestä se toi haastetta haavanhoitoon.

Positiivinen yllätys oli, että yli puolet hoitajista huomioi työergonomiansa päivittäin auttaessaan asiakasta päivittäisissä toiminnoissa. Tuolin ja pöydän korkeuden säädeltävyys ei tuolin osalta yllättänyt, mutta pöydän osalta jäimme miettimään, ovatko hoitajat tietoisia pöydän korkeuden säädeltävyydestä tai onko pöytä jo mahdollisesti säädetty heille sopivaksi. Yllättävää on, ettei hoitajilla ole tietoa mahdollisuuksistaan osallistua ergonomiakoulutuksiin.

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin aiheen valinnasta. Päädyimme aiheeseen oman kiinnostuksemme herättyä harjoittelujaksolla. Otimme yhteyttä Savonlinnan kotihoidon, ja se oli kiinnostunut yhteistyöstä kanssamme. Teoriatiedon löytäminen kotihoidon ergonomiasta oli haasteellista, koska emme löytäneet aiempaa tutkimustietoa ai-

heesta suomen kielellä. Näin ollen kokosimme tiedon erilaisista lähteistä. Tämä mahdollisti aiheen helposti rajattavaksi.

Saimme hyvin apua ja tukea työelämäohjaajilta sekä ohjaavalta opettajalta työn edessä. Alkuperäistä aikataulua emme saaneet toteutettua muiden koulukiireiden vuoksi, mutta realistisemman aikataulun puitteissa olemme pysyneet. Kun teoriapohja oli valmis, saimme pidettyä suunnitelmaseminaarin. Tämän jälkeen odotimme tutkimuslupien saapumista. Ne saapuivat odotettua nopeammin ja saimme kyselyn toteutettua vuoden 2014 alussa. Vastausaika oli kaksi viikkoa.

Analysointivaihe sujui kohtalaisen hyvin ja nopeasti. Työ opetti meille tutkimustiedon hankintaa ja sen käyttämistä hyödyksi. Opimme tutkimusmetodeista paljon uutta sekä tutkimuksen eri vaiheet. Aikataulutuksen realistisen suunnitelman tekeminen tuli myös opittua. Työn teko sujui luontevasti, sillä yhteistyömme oli saumatonta ja tavoitteet yhtenäisiä.

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla mahdollisuus järjestää koulutuspäivä ergonomiaan liittyen. Lisäksi voisi tutkia ammattiryhmittäin ergonomian toteutumista, jotta saataisiin tarkempaa tietoa eri ammattiryhmien ongelmista. Saman tutkimuksen tekeminen pidemmällä vastausajalla sekä paremmin asetetuilla kysymyksillä voisi saada yleistettävämpää tietoa ergonomian toteutumisesta.

LÄHTEET

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Hietanen, Helvi, Iivanainen, Ansa, Seppänen, Salla & Juutilainen, Vesa 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Jämsä, Heini & Kovanen, Miia 2012. Sairaanhoidajien työhyvinvointi kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ketola, Ritva & Perkiö-Mäkelä, Merja 2010. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. PDF-tiedosto.
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf. Ei päivästä. Luettu 7.8.2013.

Laakkonen, Niina 2013. Sähköpostikeskustelu 2.12.–14.12.2013. Kotipalveluohjaaja. Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ky.

Laaksonen, Salla-Maaria, Matikainen, Janne & Tikka, Minttu (toim.) 2013. Otteita verkosta. Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino.

Launis, Martti & Lehtelä, Jouni (toim.) 2011. Ergonomia. Tampere: Tammerprint Oy.

Matikainen, Anna-Mari, Miettinen, Marja & Wasström, Kalle 2010. Näytteenottajan käsikirja. Helsinki: Edita.

Metsälä, Niina & Nieminen, Riikka 2010. Hoitotoimenpiteiden toteuttamisen laadun kartoittaminen kuntoutusosastolla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nevala, Nina, Virtanen, Simo & Takala, Esa-Pekka 2010. Työ ja terveys Suomessa 2009. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Niskanen, Toivo, Stålhammar, Hannu, Kantolahti, Tarja, Lehtelä, Jouni, Ketola, Ritva & Rissanen, Anna-Liisa (toim.) 2006. Näyttöpäätetyö. PDF-dokumentti.
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/erg_tiedonlahteet/Documents/nayttopaatatetyo.pdf. Päivitetty 2006. Luettu 15.10.2013.

Nuikka, Marja-Liisa. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Pulkkinen, Nina 2004. Haavanhoito Haapajärven kotihoidossa. Haava. Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu, 2.

Rautava-Nurmi, Hanna, Westergård, Airi, Henttonen, Tarja, Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Sipiläinen, Pirjo 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Aalto yliopisto. Insinööritieteiden korkeakoulu. Arkkitehtuurin laitos. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. WWW-dokumentti. www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Päivitetty 25.4.2013. Luettu 8.5.2013.

Tamminen-Peter, Leena, Moilanen, Aija & Fagerström, Virpi 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Tampere: Tammerprint Oy.

Tuominen, Pipsa 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin henkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Itä-Suomen yliopisto. Liikuntalääketiede. Pro gradu -tutkielma.

Työsuojeluhallinto 2013. Ergonomia. WWW-dokumentti. <http://www.tyosuojelu.fi/fi/ergonomia>. Päivitetty 26.2.2013. Luettu 2.4.2013.

Työsuojelulaki 738/2002. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> Ei päiväystietoa. Luettu 2.4.2013.

Työterveyslaitos 2013a. Esteetön hygieniatila (Gaius)– lisää käyttäjän itsenäisyyttä ja vähentää avustajan kuormittumista. WWW-dokumentti. <http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&aihealue=Terveydenhuollon%20ergonomiaratkaisut&aihetaranne=Kotihoito&item=534>. Päivitetty 10.4.2013. Luettu 7.5.2013.

Työterveyslaitos 2013b. Potilassiirrot. WWW-dokumentti. www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomiasiirrot. Päivitetty 5.11.2013. Luettu 7.12.2013.

Työterveyslaitos 2013c. Potilassiirtojen Ergonomiakortti®. WWW-dokumentti. www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomiakortti. Päivitetty 18.9.2013. Luettu 7.12.2013.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Webropol 2014. W-pol käyttöopas. WWW-dokumentti. <http://www.webropol.com/materiaalit/w-pol.pdf>. Ei päiväystietoja. Luettu 13.12.2013.

LIITE 1.**Kirjallisuuskatsaus**

	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset käsitteet	Oma intressi työn kannalta
Perkiö-Mäkelä, Merja, Hirvonen, Maria, Elo, Anna-Liisa, Kandolin, Irja, Kauppinen, Kaisa, Kauppinen, Timo, Ketola, Ritva, Leino, Timo, Manninen, Pirjo, Miettinen, Sonja, Reijula, Kari, Salminen, Simo, Toivanen Minna, Tuomivaara, Seppo, Vartiala, Maarit, Venäläinen, Saara & Viluksela, Marja 2010. Työ ja terveys - haastattelututkimus 2009.	Suomen työssäkäyvä väestö	Satunnaisotanta 500 hlöä, puhelinhaastattelu	Työolot, työterveys ja työn toimivuus	Ergonomia ja työn fyysinen kuormittavuus
Perälä, Marja-Leena, Grönroos, Eija & Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportti.	Kotihoidon henkilöstö ja heidän toimintansa	Kokonaisotanta 1 183 kotihoidon edustajaa, lomakekysely	Henkilöstön hyvinvointi, tiedon kulku, yhdistetty kotihoito, yhteistyö	Henkilöstön ammattitaito ja kehittymismahdollisuudet
Nuikka, Marja-Liisa 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja.	Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajat	43 sairaanhoitajaa, jotka on valittu kyselyn avulla	Terveysten edistäminen, potilaskeskeisyys, potilaan terveydentilan ja voimavarojen kartoittaminen, fyysinen ja psyykkinen kuormittuminen hoitotilanteissa	Ergonomian toteutuminen, kuormittumisen vaikutukset kehoon
Tamminen-Peter, Leena 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan	Turun kaupungin sairaalan neurologian ja ortopedian kuntoutus-	12 naispuolista sairaanhoitajaa ja perushoitajaa, joilla ei saanut olla paljoa	Kuormittuminen, potilassiirrot, nostot, siirtotaidot	Nostotekniikan toimivuus ja työntekijöiden kuormittuminen

LIITE 1.**Kirjallisuuskatsaus**

siirtymisen avustamisessa - kolmen siirtomenetelmän vertailu. Akateeminen väitöskirja.	osaston hoitajia	liikuntaelinvaivoja eikä saanut tuntea tutkittua potilassiirtomentelmää hyvin		
Tuominen, Pipsa 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohenkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Pro gradu -tutkielma.	Projekti Koukkunien vanhainkodilla, Tampere	Koostui kolmesta vaiheesta: kartoittavasta kyselystä, raporteista ja palautekyselyn analyysistä, 58 % hoitohenkilökunnasta osallistui kyselyyn	Hoitotyön lait ja asetukset, hoitotyön fyysinen kuormittavuus, hoitotyön ergonomian ohjaaminen	Fyysinen kuormittuminen
Sipiläinen, Pirjo 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Väitöskirja.	Espoon ja Helsingin eri alueiden työntekeijöille sekä Luopioisten kunnan työntekeijöille	Osatutkimus I, 459 kotihoidon työntekeijää ja osatutkimus II, 222 vastaajaa	Avustettavien toimintakyky, kuntouttava hoito, hoitajan ergonomia sekä toiminnan vaatimusten ja tilojen yhteensovittaminen	Työskentelytilojen vaatimukset

SAATE

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä kotihoidon työntekijöiden ergonomiasta. Tarkoituksenamme on selvittää, kuinka ergonomia toteutuu kotihoidossa.

Kyselyyn vastaamiseen menee noin 5-10 minuuttia ja kyselyyn voit vastata 3.2.-16.2.2014 välisenä aikana.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään heti analysoinnin jälkeen. Tuloksista ei pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Savonlinnan kotihoidon ergonomian kehittämisessä.

Mikäli sinulla on kysyttävää, vastaamme mielellämme.

Linkki kyselyyn: <https://www.webpolsurveys.com/S/4BEBA3BDD5F7A06F.par>

HUOM! Tähdellä merkittyihin kohtiin on pakko vastata, edetäksesi kyselyssä eteenpäin.

Ystävällisin terveisin:

Johanna Kyttälä johanna.kyttala@edu.mamk.fi

Iina Orrela iina.orrela@edu.mamk.fi

Taustatiedot

1. Ikä
 - ☐ alle 29
 - ☐ 30-39
 - ☐ 40- 49
 - ☐ 50-59
 - ☐ 60 tai yli

2. Pääasiallinen työskentelyalue
 - ☐ Itä
 - ☐ Keskusta
 - ☐ Länsi

3. Ammatti
 - ☐ Fysioterapeutti
 - ☐ Kodinhoitaja/Kotiavustaja
 - ☐ Lähihoitaja/Perushoitaja
 - ☐ Sairaanhoidaja
 - ☐ Terveystenhoitaja
 - ☐ Muu/mikä?

4. Onko sinulla diagnosoitu jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus?
 - ☐ Kyllä
 - ☐ Ei

KOTIHOIDON ERGONOMIAN HUOMIOINTI TYÖN SUUNNITTELUSSA

1. Mitkä seuraavista ovat suurimpia ongelmia asiakkaan wc- ja peseytymistiloissa?
Voit valita useamman vaihtoehdon.
 - ☐ Ahtaus
 - ☐ Apuvälineiden puuttuminen
 - ☐ Kaiteiden ja muiden apuvälineiden huono sijoittelu
 - ☐ Kynnykset

- ☐ Liukastumisvaara
- ☐ Muu, mikä?

2. Mitkä seuraavista ovat suurimpia ongelmia asiakkaan siirtymisissä makuuhuoneessa?
Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Huonekalujen huono sijoittelu
- ☐ Sängyn korkeuden säädön puute
- ☐ Sängyn sijainti
- ☐ Tilan ahtaus
- ☐ Muu, mikä?

3. Minkä koet tuottavan suurimpia ongelmia asiakasta vuoteeseen hoidettaessa, esimerkiksi haavoja hoidettaessa tai vuodepesuja tehdessä?
Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Huonekalujen huono sijoittelu
- ☐ Sängyn korkeuden säädön puute
- ☐ Sängyn sijainti
- ☐ Tilan ahtaus
- ☐ Muu, mikä?

4. Kuinka monessa paikassa asiakassiirtoja tehdessä, käytössäsi on apuvälineitä?
☐ Kaikissa
☐ Noin puolessa
☐ Alle puolessa
☐ Harvoissa
☐ Ei lainkaan

5. Käytätkö apuvälineitä tehdessäsi asiakassiirtoja?
☐ Päivittäin
☐ 2-3 x viikossa
☐ Kerran viikossa

- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa
- ☐ En käytä

6. Millaiseksi koet oman työskentelyergonomiaosaamisesi?

- ☐ Hyvänä
- ☐ Kohtalaisena
- ☐ Tyydyttävänä
- ☐ Huonona

KOTIHOIDON ERGONOMIAN TOTEUTTAMINEN

1. Huomioitko oman ergonomiasi toteutumista auttaessasi asiakasta päivittäisissä toiminnoissa?

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-3 x viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa

Jos työkuvaasi ei kuulu suoniverinäytteiden otto, voit siirtyä kysymykseen 3.

2. Millaiseksi koet työergonomian suoniverinäytteenottotilanteessa:

Erinomainen Hyvä Kohtalainen Tyydyttävä Huono

Työskentelyasento

Välineiden asettelu

Valaistus

Jos työkuvaasi ei kuulu haavojen hoidot, voit siirtyä kysymykseen 4.

3. Minkä koet haastavimmaksi haavanhoito tilanteessa?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Hoitotason korkeuden
- ☐ Huonon työasennon

- ☐ Huono valaistus työskentelyalueella
- ☐ Välineiden huonon sijoittelun
- ☐ Pitkään työskentely samassa asennossa

4. Toteutatko näyttöpäätetyöskentelyssäsi seuraavia asioita:

1. Tuolin säädeltävyys

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-3 x viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa
- ☐ Ei mahdollisuutta vaikuttaa

2. Pöydän korkeuden säädeltävyys

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-3 x viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa
- ☐ Ei mahdollisuutta vaikuttaa

3. Valaistuksen riittävyys

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-3 x viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa
- ☐ Ei mahdollisuutta vaikuttaa

4. Tarpeeksi käsille tilaa käytettäessä näppäimistöä ja hiirtä

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-3 x viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ Harvemmin kuin kerran viikossa
- ☐ Ei mahdollisuutta vaikuttaa

5. Onko näyttö aseteltu niin että katsot sitä alaviistoon?

- ☐ Kyllä

- ☐ Ei
☐ Vaihtelevasti

TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN KUNTO

1. Onko sinulla ilmennyt viimeisen vuoden aikana tuki- ja liikuntaelinten vaivoja?

- ☐ Jatkuvasti
☐ Usein
☐ Silloin tällöin
☐ Harvoin
☐ Ei lainkaan

Mikäli vastasit harvoin tai ei lainkaan voit siirtyä kysymykseen 3.

2. Millä kehon alueilla sinulla on ollut kipua, särkyä, poltetta, tunnottomuutta tai jäykkyyttä?

Kyllä

Ei

Niska
Olkapäät
Yläselkä
Kädet
Ranteet
Alaselkä
Lantio
Polvet
Nilkat

3. Millaiseksi arvioit työsi aiheuttaman kuormituksen tuki- ja liikuntaelimille?
- ☐ Kuormittaa paljon
☐ Kuormittaa sopivasti
☐ Kuormittaa vähän

ERGONOMIAN OSAAMISEN YLLÄPITO

1. Onko työpaikallasi mahdollisuutta osallistua ergonomia-koulutuksiin?

☐ Kyllä

☐ Ei

☐ En osaa sanoa

2. Olisitko kiinnostunut osallistumaan seuraaviin koulutuksiin?

Kyllä

Ei

Asiakkaan siirtomenetelmät kotihoidossa

Ergonominen näytteenotto kotihoidossa

Apuvälineiden käyttö kotihoidossa

Näyttöpäätetyöskentelyn ergonomia

Kinestetiikan käyttö asiakkaan siirroissa

[Tallenna vastauksesi]

[Lähetä vastauksesi]

Kiitos vastauksistasi!

Sairaanhoitajaopiskelijat

Iina Orrela ja Johanna Kyttälä